

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PIGEAUD

Né le 17 janvier 1907, à Coulonges-sur-l'Autize (Deux-Sèvres)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE AIGUË

COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Président : M. P. COUVELAIRE, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PIGEAUD

Né le 17 janvier 1907, à Coulonges-sur-l'Autize (Deux-Sèvres)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE AIGUË

COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Président : M. P. COUVELAIRE, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

..... PARIS, 1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	N.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale;
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale,
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEILL-HALLÉ.	
	Stomatologie.
	Education physique
	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR PETIT

Chirurgien de l'hôpital de Niort

A M. LE DOCTEUR PRINCETEAU

Chirurgien de l'hôpital de Niort

A M. LE DOCTEUR PERDOUX

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Poitiers

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE POITIERS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'APPENDICITE AIGUË
COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

INTRODUCTION

Nous tenons, au début de ce travail, à adresser nos remerciements à MM. Petit et Princeteau, chirurgiens de l'hôpital et de la maternité de Niort, qui nous ont donné l'idée de ce sujet et ont bien voulu nous confier les observations recueillies dans leurs services depuis quelques années.

L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité a été l'objet d'une communication du professeur Pinard à l'Académie de médecine en mars 1898. Cette importante communication fut suivie de nombreux travaux sur le même sujet en 1900 et 1903. L'attention des chirurgiens et des accoucheurs fut attirée sur la question et ces derniers se sont attachés à préciser ce qui était assez mal connu, en particulier les éléments du diagnostic et du pronostic. De nombreuses statistiques furent publiées dans les principales maternités et dans les grands services de gynécologie. En 1927, la thèse très documentée

de Séguy est venue apporter une vue d'ensemble de cette grosse question.

Nous avons étudié surtout les travaux les plus récents et les nombreuses communications parus dans les compte rendus des différentes sociétés d'obstétrique et de gynécologie pour essayer de préciser quelques points, en particulier le traitement et la question de l'évacuation de l'utérus gravide avant l'intervention.

ÉTIOLOGIE

La grossesse ne semble pas avoir d'influence sur le développement de l'appendicite. La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point. Vignes écrivait dans le *Journal des Praticiens* du 26 avril 1924 : « il n'est pas probable que la gestation favorise l'appendicite aiguë, car si cela était nous verrions beaucoup plus d'appendicites chez la femme enceinte que nous n'en voyons, et surtout, nous devrions observer fréquemment des cas où la crise « gravidique » serait la première crise, ce qui, au contraire est rare. » Il est probable que si la grossesse favorisait le développement de la crise d'appendicite les maternités importantes verraient chaque année un chiffre important de femmes atteintes de cette complication. Or il n'en est rien comme on le verra à la lecture des statistiques publiées par Portes et Séguy dans le numéro de *Gynécologie et Obstétrique* de février 1927. Ces auteurs écrivent qu'il s'est présenté :

A Baudelocque : 8 appendicites sur 13.000 accouchements.

A Tarnier : 14 appendicites sur 12.000 accouchements.

Au Lying-Hospital (New-York) : 5 appendicites sur 30.000 accouchements.

Routier à Necker trouve 12 femmes enceintes sur 1.300 appendicites opérées.

A l'hôpital du Mont Sinaï à New-York il y a eu 7 femmes enceintes sur 731 appendicites opérées.

Gerlov signale 456 femmes enceintes sur 30.000 appendicites.

MM. Petit et Princeteau sur 800 appendicites opérées comptent 390 cas chez des femmes susceptibles de devenir mères.

Vandescal écrit dans l'*Hôpital* d'avril 1926 que l'appendicite complique rarement la grossesse et se voit à peine 1 fois sur 1.000 femmes enceintes.

Comme on peut le constater d'après ces chiffres l'appendicite chez la femme enceinte est rare et on ne peut dire que la grossesse constitue en elle-même une prédisposition à cette complication comme elle le fait pour la pyélo-néphrite par exemple.

L'appendicite fait le plus souvent son apparition dans les premiers mois de la grossesse. Pénard dans sa thèse de 1912 a publié une statistique portant sur 129 cas. Il a pu relever ainsi :

20 appendicites dans des grossesses de 1 à 3 mois		
36	—	3 à 5 mois
36	—	5 à 7 mois
22	—	7 à 9 mois

Demelin et Devraigne écrivent dans le *Manuel de l'accoucheur* : « l'appendicite peut se manifester à

toutes les périodes de la puerpéralité, mais elle est plus fréquente dans les 5 premiers mois. »

Pour Brindeau l'appendicite serait le plus souvent une complication de la première moitié de la grossesse. Enfin sur les 17 observations publiées dans cette thèse nous trouvons :

5 grossesses entre 1 et 3 mois	
6 — 3 et 6 mois	
3 — 6 mois et le terme	
2 cas dans les suites de couches.	

Dans les suites de couche l'appendicite semble moins fréquente que pendant la grossesse. Leme-land dans la *Médecine internationale* de mai 1919 publie les chiffres suivants :

Pour Penard sur 119 appendicites 15 cas dans les suites de couches.

Pour Schmitt sur 424 appendicites 62 cas dans les suites de couches.

Pour Gerlov sur 390 appendicites 66 cas dans les suites de couches.

La fréquence de la complication semble donc être en décroissance à mesure qu'on approche du terme, la période critique se trouvant entre le 3^e et le 7^e mois.

Si la grossesse ne constitue pas par elle-même une cause d'appendicite elle favorise d'une façon certaine la récurrence de crises d'appendicite antérieures. Pour Portes et Séguéy 1 cas sur 2 serait la récurrence d'une ancienne appendicite. Pour Schmitt

il en serait ainsi 125 fois sur 162 cas. L'opinion de tous les auteurs est la même sur ce point.

Quelles sont donc les causes capables de provoquer la récurrence d'une appendicite ancienne au cours de l'état puerpéral ? C'est ce que nous allons maintenant essayer de déterminer.

L'une des principales causes du réveil de la crise d'appendicite au cours de la grossesse paraît être le développement considérable de l'utérus dont la conséquence sera le déplacement des organes abdominaux et en particulier du cæcum et de l'appendice. Cependant cette influence du développement de l'utérus affirmée par de nombreux auteurs est niée par les autres.

C'est Fùth qui le premier a étudié méthodiquement la situation du cæcum et de l'appendice au cours de la grossesse. D'après ses recherches cet auteur conclut que l'utérus, à partir du 4^e mois, déborde le petit bassin, s'élève dans la cavité abdominale et refoule les différents organes que contient celle-ci. Les vaisseaux utéro-ovariens du côté droit hypertrophiés et formant une sorte de ligament, se lèveraient eux aussi avec les annexes et aideraient à refouler le cæcum qui de la sorte se trouverait reporté en haut et en dedans ; il résulterait de ceci que la portion initiale du côlon ascendant affecterait une direction presque horizontale. De plus par suite du déplacement du cæcum, l'appendice se trouve placé à peu près au milieu de l'abdomen ; au cas d'appendicite le foyer suppuré

sera par suite assez éloigné des parois de l'abdomen et sa gravité n'en sera que plus considérable.

Penard dans sa thèse de 1912 partage cette manière de voir. Pour lui chez une femme enceinte de 7 mois le cæcum est situé immédiatement au-dessus des annexes droites qui sont elles-mêmes au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans une grossesse de 8 mois le cæcum est au-dessus du fond de l'utérus sur une ligne verticale passant par le mamelon. Chez une femme près du terme, le cæcum n'est qu'à 4 travers de doigt du bord inférieur du foie et sur la ligne mammaire. La distance du bord inférieur du foie se réduit à 2 travers de doigt dans une observation de grossesse gémellaire près du terme.

Demelin et Devraigne soutiennent la même idée, de même que Favreau et Chaput, Brindeau, etc.

D'après Séguy, l'ascension du cæcum et de l'appendice est limitée par suite du plus ou moins grand accollement du mésocôlon ascendant vers le bas.

Pour tous ces auteurs le déplacement continu du cæcum pendant la grossesse tend à couder, étrangler l'appendice ou à rétrécir sa lumière. De plus il peut se produire des ruptures d'adhérences, séquelles de crises antérieures, pouvant libérer dans la grande cavité péritonéale le contenu d'abcès résidinaux dont Weiss a montré la longue persistance.

Mais d'autres auteurs ont battu en brèche cette théorie mécanique tendant à expliquer la production de la crise d'appendicite pendant la gestation.

D'après Fraenkel le développement de l'utérus est trop lent et l'appendice trop mobile pour qu'il puisse y avoir compression de ce dernier. Les études radiographiques de Hoffmann, puis de Finck tendent à prouver le léger degré d'amplitude des déplacements du cæcum. Pour Hoffmann le cæcum au cours de la grossesse limite ses déplacements, dans 2 % des cas au-dessus de la crête iliaque, dans 10 % des cas au niveau de la crête iliaque, dans 88 % des cas au-dessous de la crête iliaque. Leme-land écrivait dans la *Médecine internationale* de mai 1929 : « On peut conclure que chez la femme à terme l'appendice est en situation sensiblement normale, légèrement surélevée.

Il est cependant logique d'attribuer au développement de l'utérus et au déplacement consécutif du cæcum la production d'une crise d'appendicite dans un appendice déjà malade. En effet si l'appendice est sain il lui est possible de fuir devant l'ascension de l'utérus et de se soustraire à son influence. Mais si cet organe a été déjà infecté, il est fixé par des adhérences et sa mobilité est diminuée et il en résultera des coudures, torsions, tiraillements qui déclancheront la crise. Enfin c'est entre le 3^e et le 7^e mois de la grossesse qu'éclate le plus souvent la crise d'appendicite, c'est aussi dans cette période et surtout dans les 5^e, 6^e et 7^e mois qu'augmente la gravité de la crise d'après la statistique de Jerlov. Or c'est à partir du 4^e mois que devient sensible le déplacement du cæcum. Il est donc logique d'admettre

qu'un élément nouveau de gravité est entré en scène au 4^e mois et cet élément nouveau est sans aucun doute le déplacement du cæcum par l'utérus.

Dans les suites de couches, tous les auteurs admettent que la cause favorisant l'apparition de la crise d'appendicite n'est autre que la rupture d'adhérences par suite des contractions du travail et de la brusque disparition de la tumeur utérine après la délivrance.

Une autre cause d'appendicite au cours de l'état puerpéral est constituée par l'augmentation de virulence des germes intestinaux favorisée par la constipation habituelle chez la femme enceinte. Brindeau, Paul Delbet, Favreau et Chaput, Séguy, Lemeland sont du même avis sur ce point. Lemeland considère même cette cause d'appendicite chez la femme enceinte comme la plus importante et écrivait en 1929 : « Plus sérieuse paraît la constipation habituelle des femmes exagérée par la grossesse, et surtout l'intensité et la fréquence de l'infection colibacillaire bien démontrée par Bar. » Cette façon de voir est en effet prouvée par les faits. N'est-ce pas le 3^e et le 6^e mois qu'augmente la fréquence de l'appendicite, époque à laquelle apparaissent le plus souvent les accidents de colibacillose gravidique ? N'est-il pas logique que le colibacille dont la virulence se trouve exaltée se localise de préférence sur un organe déjà malade, se trouvant de ce fait en état de moindre résistance, et traumatisé par un utérus en voie de développement continu. Un

choc sur le flanc droit, une indigestion ont pu être parfois, pour Budin et Maygrier, une cause de localisation de l'infection colibacillaire sur l'appendice. Enfin l'organisme maternel qui collabore tout entier à l'édification du fœtus se trouve en état de moindre résistance, ses moyens de défenses sont considérablement diminués et l'infection latente de l'appendice subira le coup de fouet qui déterminera la crise.

La congestion des organes du petit bassin constitue aussi un des facteurs de réveil de l'appendicite.

Enfin pour Paul Dellet la gestation favoriserait la formation de calculs dans l'appendice, transformant cet organe en cavité close, comme elle provoque la formation des calculs dans la vésicule biliaire.

Pour certains auteurs le voisinage des annexes malades seront une cause d'infection de l'appendice. Les agents pathogènes localisés dans les annexes gagneraient l'appendice par le ligament appendiculo-ovarien de Clado, d'après Favreau et Chaput. Cette infection de voisinage est favorisée, comme nous l'avons déjà dit, pour la congestion des organes du petit bassin et l'état de moindre résistance de l'organisme maternel.

Telles sont les causes d'appendicite de la grossesse, les deux principales, qui peuvent être considérées comme étant d'importance égale, se trouvant être le traumatisme de l'appareil cæcal et la virulence des germes intestinaux pendant la gestation.

ÉTUDE CLINIQUE

L'appendicite dont le diagnostic est relativement facile chez mon sujet normal, prend au cours de la grossesse une allure particulière qui la rend souvent très difficile à reconnaître et peut faire longtemps errer le diagnostic. En effet chez la femme enceinte certains symptômes d'importance capitale deviennent atypiques ou même parfois font défaut ; d'autre part des signes nouveaux font leur apparition, amenant le médecin à penser à d'autres accidents de la gestation.

Prenons tout d'abord la douleur, ce symptôme qui existe dans toute crise d'appendicite chez le sujet normal, et qui a son siège très précis au point de Mac Burney. Ce signe capital se trouve le plus souvent modifié chez la femme enceinte. La malade ne ressent plus sa douleur dans la fosse iliaque droite mais celle-ci est en général plus élevée dans l'abdomen et se localise dans la région ombilicale et même peut remonter jusqu'au creux épigastrique. Dans une de nos observations (XI), la malade a appelé son médecin parce qu'elle souffrait depuis 3 à 4 jours de crises douloureuses intermittentes à siège strictement ombilical, sans aucune irradia-

tion. Peu à peu d'ailleurs la douleur s'est localisée à la fosse iliaque droite. Bohler, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, le 14 juin 1930, rapporte un cas d'appendicite au cours d'une grossesse de 8 mois, dans lequel la douleur était restée localisée à l'épigastre et à la région lombaire, faisant hésiter le médecin entre une pyélite et une affection pleurale.

La recherche du point douloureux ne doit plus être pratiquée au point de Mac Burney, mais de plus en plus en arrière et en haut d'après l'âge de la grossesse. Mais comme l'utérus, dans une grossesse arrivée aux derniers mois, peut gêner l'exploration de l'abdomen, Brindeau, Demelin et Devraigne conseillent de faire coucher la femme sur le flanc gauche, ce qui aura le gros avantage de libérer l'appendice puis de comprimer le côlon descendant, d'où les gaz reflueront vers le cæcum, où ils iront réveiller la douleur pour faciliter le diagnostic.

La douleur se trouve enfin réveillée ou exagérée par les mouvements de l'enfant : le signe a été indiqué par quelques auteurs et en particulier par Séguy.

Enfin il est possible de réveiller la douleur dans la fosse iliaque droite en déplaçant l'utérus de ce côté ou encore, en déplaçant la jambe droite de la malade. Lemeland a noté ce signe et Brindeau a insisté particulièrement sur ce point.

L'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire deviennent au cours de la grossesse des symp-

tômes de peu de valeur, souvent même inexistants. L'hyperesthésie, quand elle existe, est le plus souvent diffuse mais peut présenter un maximum au niveau de la fosse iliaque droite. La défense musculaire est encore plus inconstante. Son absence serait due d'après Séguy à l'écartement des muscles de la paroi abdominale et à la situation profonde de la région cæco-appendiculaire. Mais souvent aussi l'absence de défense musculaire est la marque d'une forme adynamique ou d'une péritonite grave.

Si les signes habituels de l'appendicite deviennent atypiques ou même font défaut au cours de la grossesse, un symptôme nouveau fait son apparition ; la tension permanente de l'utérus gravide. Favreau et Chaput, Vaudescal, Vignes, Lemeland considèrent ce signe comme l'un des plus importants.

Il a été étudié par Szilagyi dans sa thèse de 1929. D'après ce dernier l'utérus devient dans certains cas d'une dureté ligneuse appréciable par le toucher vaginal combiné au palper abdominal ou seulement par le palper abdominal dans les derniers mois de la grossesse. Cette dureté ligneuse a pu dans certains cas faire penser à une hémorragie rétro-placentaire ou à un début de travail. D'ailleurs Séguy écrivait dans sa thèse : « Rien ne prouve que ce signe ne traduise pas le début d'un travail pathologique déclenché par les accidents péritonéaux et dont le premier signe serait cette contracture utérine. » Pour ce dernier la contracture utérine ne serait pas forcément un signe d'appendicite, mais

un signe de péritonite quelle qu'en soit la cause.

Les nausées et les vomissements sont plutôt rares. Quand ils existent ils peuvent faire errer le diagnostic et le médecin peut les prendre pour des vomissements gravidiques. Mais on doit toujours penser à l'appendicite et en rechercher les antécédents et les autres symptômes si, chez une femme enceinte surviennent d'une façon brusque des vomissements à répétition « trop incoercibles » accompagnés d'une légère sensibilité abdominale et d'une ascension thermique. Dans ce cas, comme l'ont fait remarquer Séguy, Vignes, Szilagyi, il ne peut s'agir de vomissements gravidiques, et on a affaire le plus souvent à des vomissements appendiculaires.

La constipation habituelle au cours de la grossesse devient un excellent signe d'appendicite si elle s'accompagne d'une douleur abdominale et d'une fièvre même légère et si, de plus, elle devient incoercible.

La température et le pouls constituent des signes infidèles. La température est en général peu élevée, elle atteint à peine 38°. Dans quelques cas on a noté 39° mais très rarement. Dans certains cas très graves l'apyrexie peut être complète, d'après Brindeau et Jeannin.

Par contre le pouls est en général accéléré à 90° et au delà avec une température plutôt basse. Cette dissociation a d'ailleurs une grande valeur diagnostique.

Dans les suites de couches l'appendicite prend souvent une allure grave et ses symptômes sont assez atypiques pour faire parfois retarder l'intervention. D'après Vignes il existe dans ces cas trois signes trompeurs au début de la poussée, qui sont :

Des douleurs à type de tranchées utérines.

L'humidité de la langue et la sécheresse des lèvres.

La souplesse du ventre, ce qui pourrait s'expliquer par la distension que la gestation a fait subir aux muscles de la paroi abdominale.

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir que l'appendicite se révélant chez la femme enceinte par des symptômes souvent peu nets et trompeurs. Il sera donc facile de méconnaître une crise au début ou de la confondre avec une autre affection. Quels sont donc les signes qui permettront au praticien de diagnostiquer la crise d'appendicite et de la différencier des maladies pouvant la simuler ?

Le diagnostic se fera sur une symptomatologie assez pauvre, cependant quelques signes tels que la douleur, la contracture utérine, la dissociation du pouls et de la température, enfin les antécédents devront faire penser à l'appendicite.

Le diagnostic différentiel est souvent très difficile. En effet nombreuses sont les affections pouvant compliquer la grossesse qui présentent des symptômes analogues à ceux de l'appendicite.

La douleur, tout d'abord, doit être distinguée de toutes les autres crises douloureuses pouvant faire leur apparition au niveau de l'abdomen.

Il faudra éliminer avant tout les coliques hépatiques et néphrétiques. Celles-ci ont en général des

caractères assez nets pour être rapidement éliminées.

Dans la première moitié de la grossesse on devra penser à deux affections surtout : la rupture de grossesse extra-utérine et la salpingite. La première donne une douleur très vive avec arrêt des matières et des gaz. Mais la femme est très pâle, de plus il y a eu des écoulements sanguins par le vagin, parfois une caduque a été expulsée et il y a une douleur localisée dans le cul-de-sac de Douglas dans lequel on sent parfois au toucher la masse annexielle. Enfin au palper abdominal on sent un utérus dont l'augmentation de volume n'est pas proportionnée à l'âge de la grossesse.

La salpingite droite s'accompagne d'un état général moins grave que dans l'appendicite. Il y a en général un passé génital chargé. Enfin au toucher on réveille une douleur dans un cul-de-sac vaginal et on peut sentir à ce niveau une masse annexielle.

Dans la deuxième moitié de la grossesse on peut confondre l'appendicite avec l'urétéro-pyéélite. Dans cette affection la réaction péritonéale et la douleur sont moins marquées que dans l'appendicite. De plus cette douleur est localisée à tout le trajet de l'arbre urinaire. Le rein est souvent perceptible et douloureux. Enfin les urines sont troubles et contiennent du pus et des microbes. Mais l'appendicite et l'urétéro-pyéélite peuvent coexister puisque le colibacille, qui est l'agent le plus fréquent de ces

affections, a sa virulence exaltée chez la femme enceinte.

La constipation opiniâtre qui accompagne la crise d'appendicite peut devenir une cause d'erreur et faire prendre cette dernière pour une occlusion intestinale aiguë. Demelin et Devraigne citent deux cas dans lesquels cette erreur fut faite. Dans l'un il y avait arrêt presque complet des matières on porta le diagnostic d'occlusion et l'intervention montra qu'il s'agissait d'une appendicite. Dans l'autre, il y avait peu de fièvre, un pouls très fréquent, arrêt des matières, des vomissements verts, une douleur plus marquée à droite. On porta le diagnostic d'appendicite mais à l'intervention on tomba sur un appendice absolument sain.

La contracture de l'utérus peut être confondue si elle est très marquée avec une hémorragie rétro-placentaire. Mais celle-ci surtout dans sa forme d'apoplexie utéro-placentaire s'accompagne d'un état général immédiatement grave quoique l'hémorragie externe soit nulle ou minime. La tension artérielle peut être élevée, le pouls est lent et les urines sont albumineuses.

Les vomissements peuvent faire penser aux vomissements incoercibles de la grossesse, mais ceux-ci ne s'accompagnent pas de fièvre ni de douleur abdominale, enfin ils sont « trop incoercibles » dans l'appendicite et surviennent en général brusquement chez une femme qui jusqu'à ce jour n'avait jamais vomi.

Dans les suites de couches l'erreur à éviter est de confondre une appendicite avec une péritonite puerpérale. Cette erreur n'est d'ailleurs pas grave si on opère.

Nous avons recueilli différentes observations dans la littérature, dans lesquelles on remarque la difficulté et l'imprécision du diagnostic dans quelques cas d'appendicite chez la femme enceinte.

OBSERVATION I

Lemeland, *in* L'appendicite au cours de la puerpéralité :

La Médecine internationale, mai 1929.

Femme enceinte de 3 mois. Pas de troubles de la gestation. La température quotidienne oscille de 36°8 à 37°2.

Un soir, le mari, médecin, constatant 37°7 avec une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite, nous appelle avec un de nos maîtres, chirurgien. Rien ne permet de faire un diagnostic sauf la contracture utérine. Mise en observation, la malade présente le lendemain un état normal. La température est à 36°8, le pouls à 80, légèrement accéléré sur l'habitude (70), et la même contracture utérine. Ceci décide à pratiquer l'opération. On trouve un appendice surdistendu par le pus. La paroi est réduite à l'état de pelure d'oignon, et, enlevé avec précaution il se rompt quand on le met sur le plateau ; il contenait un verre à liqueur de pus. Guérison et la grossesse va à terme.

On remarque dans ce cas la pauvreté de la symp-

tomatologie comparée à la gravité de la lésion. Le symptôme unique a été ici la contracture utérine dont nous avons signalé plus haut l'importance.

OBSERVATION II (résumée)

Bohler, in *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg*, séance du 14 juin 1930.

Appendicite déclarée au 9^e mois d'une grossesse qui avait jusque-là évolué normalement. Le 1^{er} symptôme date de 72 heures. Peu intenses pendant les premières 24 heures, les sensations douloureuses, localisées à l'épigastre, s'accroissent brusquement le 2^e jour. Comme à ce moment les douleurs occupent également la région lombaire, le médecin hésite entre une pyélite et une affection pleurale ; quelques frottements pleuraux, qu'il entend à la base pulmonaire droite, semblent confirmer la dernière hypothèse à la fin du 2^e jour et l'autoriser à garder une attitude expectative.

Cependant les douleurs deviennent de plus en plus intenses et se communiquent à tout l'abdomen, qui se ballonne de façon inquiétante ; dans la 2^e nuit, la femme qui se plaignait déjà de nausées persistantes, commence à vomir. Les selles sont arrêtées depuis 2 jours, les gaz continuent à passer.

Transport à l'hôpital. État général très mauvais. Abdomen fortement ballonné, immobile pendant la respiration. Palpation de toute la paroi douloureuse avec maximum de sensibilité dans la région para-ombilicale droite. Aucune

défense musculaire. Utérus fortement contracturé, dévié à gauche, correspondant à une grossesse de 8 mois. Mouvements de l'enfant douloureux. Température 39°. Pouls 120, mou et dépressible. Urines troubles. Légère quantité d'albumine.

Diagnostic : Appendicite aiguë avec participation du grand péritoine.

Intervention : incision très externe et plus haute que d'habitude. Pus. Appendice adhérent à la dernière anse de l'iléon, et à la trompe droite. Intervention typique. Pas de péritonite diffuse. Suture partielle de la paroi en un plan.

L'appendice enlevé a une longueur de 12 cm. Moitié distale gangrénée. Moitié proximale renfermant un calcul stercoral du volume d'une noisette ; 3 perforations miliaires.

Suites : d'abord excellentes. Le péristaltisme fonctionne après 36 heures. Ventre plat et souple.

Le 3^e jour arrêt définitif des gaz. Aucun signe de péritonite ; le 6^e jour début du travail. Accouchement 3 heures après d'un prématuré de 2.350 gr. bien portant et qui vit. Délivrance artificielle.

Après l'accouchement la femme entre en convalescence. Les gaz fonctionnent normalement dès le lendemain. Sortie du service le 34^e jour, retenue pour une cicatrisation lente de la plaie opératoire.

Chez cette malade le diagnostic avait été indécis pendant 72 heures par suite d'une localisation anormale de la douleur ainsi qu'il arrive fréquemment.

OBSERVATION III (résumée)

Andérodias et Villar, in : *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, séance du 12 novembre 1929.

Mme X... Primipare à terme. Grossesse normale. Début des douleurs le 23 juillet. Dilatation complète dans la nuit du 27 au 28. Membranes rompues 48 heures auparavant. Tête très élevée au-dessus du D. S. Douleurs irrégulières et peu fortes, impuissantes à l'engager. Plusieurs applications de Forceps avec fortes tractions. Le médecin est obligé de désarticuler pour ne pas dérapier.

Examen de la malade : Utérus gravide disparaît derrière des anses intestinales anormalement développées. Palper douloureux. Pouls rapide. Facies mauvais.

Toucher : Vagin dilacéré. Tête très élevée et débordante. Os crépitant sous le doigt. Bruits du cœur non perçus.

Diagnostic de péritonite probable au début, due sans doute à une lésion de la paroi utérine sans doute au niveau du segment inférieur car il s'écoule un peu de sang noir.

Basitripsie. Extraction facile de la tête. Difficultés pour les épaules (enfant volumineux). Délivrance artificielle. Vérification utérine. Sur le segment inférieur, en regard du promontoire, brèche de 3 à 4 cm. de large, irrégulière, conduisant dans le Douglas.

Intervention : Laparotomie. Sang dans le péritoine. Dans le Douglas : sang et caillots. Sur la face postérieure du seg-

ment inférieur, brèche irrégulière correspondant à celle que trouvait le doigt vaginal.

Hystérectomie. Drainage vaginal. Mickulicz. Mais quelques anses intestinales sont dépolies et il y a quelques fausses membranes. On recherche alors l'appendice qui est gros, irrégulier, congestionné, avec quelques fausses membranes à son extrémité. Ablation. A l'ouverture on le trouve rempli de pus épais, jaune, crémeux. Fermeture en un plan.

Mort par défaillance cardiaque en 48 heures.

En interrogeant la malade et son entourage on se rend compte que la crise appendiculaire a débuté le mardi 23 juillet par des douleurs assez violentes. La malade était à terme et primipare, donc sans notion antérieure des douleurs de l'accouchement, elle avait pris ces douleurs pour un début de travail et n'avait pas attiré sur elles l'attention de son médecin. C'est sans doute la crise appendiculaire qui a déclenché le travail.

Chez cette malade les symptômes avaient été assez peu marqués pour ne pas attirer l'attention bien que les lésions aient été assez considérables pour provoquer la formation d'une péritonite grave.

PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

Quand on étudie le pronostic de l'appendicite au cours de la gestation deux cas sont à considérer, soit qu'il s'agisse d'une crise survenant pendant les premiers mois, soit, au contraire, qu'on ait affaire à une crise des derniers mois. Une plaie à part doit être faite pour l'appendicite survenant pendant le travail ou dans les suites de couches. On doit aussi tenir compte de la forme anatomique vers laquelle évolue la crise.

Pour tous les auteurs l'appendicite est une complication grave de la gestation. Pour Pinard le pronostic était d'une extrême gravité de même que pour Dieulafoy. Il semble que ces auteurs aient vu cela sous un jour un peu sombre. Il est vrai qu'ils l'écrivaient à une époque où l'intervention était moins répandue qu'à l'heure actuelle. Il n'en est pas moins vrai que le pronostic maternel et fœtal doit être réservé.

La mortalité maternelle était pour Pinard de 70 %, alors que Bohler sur 50 cas opérés a eu une seule mort. Jerlov sur 203 cas opérés a 9,5 % de mort.

Paul Delbet donnant comme chiffre de mortalité dans l'appendicite en général 12,8 %. Pendant la

grossesse ce chiffre s'élèverait à 31,25 % et à 59 % pour Rosener, Brindeau rapportant une statistique de Schauta donne comme chiffre de mortalité maternelle 30 à 40 %.

L'appendicite devient plus grave à mesure qu'on approche du terme. Jerlov a publié une statistique en prenant le nombre des cas légers et des cas graves aux différentes périodes de la gestation :

Grossesses de :	2 à 3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois
Cas légers :	65	33	16	12	9	7	3
Cas graves :	16	14	17	19	11	12	6

On voit d'après ce tableau que les cas graves augmentent de fréquence à partir du 5^e mois et sont à ce moment là et jusqu'au terme beaucoup plus élevés que les cas légers.

Pour Fùth dans les 3 premiers mois la mortalité est de 30 % alors que dans les 6 derniers elle s'élève à 59 %.

Dans les observations que nous publions ici nous avons 17 cas d'appendicite aiguë opérés chez des femmes enceintes; sur ces 17 opérées 3 ont succombé. Parmi ces 17 femmes nous trouvons 12 cas d'appendicite survenant dans les premiers mois de la grossesse, 4 cas dans les derniers mois, et 1 cas après l'accouchement. Deux des malades ayant succombé se trouvaient l'une très près du terme (obs. XII), l'autre au 7^e mois de sa grossesse. Le 3^e décès est survenu chez une malade enceinte de 4 mois environ (obs. XI). Donc nous avons une mortalité géné-

rale de 18 %. Dans les premiers mois la mortalité s'élève à 7,7 % et dans les derniers mois à 50 %. D'après ces chiffres nous voyons donc que la grossesse, en approchant du terme aggrave sérieusement le pronostic d'une crise d'appendicite concomittante.

Quel est l'avenir de l'enfant ? Celui-ci est condamné une fois sur deux pour MM. Petit et Prince-teau. Pour Brindeau la mortalité fœtale serait de 33 % dans les appendicites bénignes et de 100 % dans les appendicites graves.

L'enfant peut succomber de différentes façons. Tout d'abord il peut se faire un avortement ou un accouchement prématuré. Ces éventualités sont fréquentes et se produiraient pour Boije dans 54 % des cas, pour Bouillier dans 59 % des cas, pour Stœckler dans 69 % des cas. Dans notre statistique nous trouvons sur 15 malades 6 fois la continuation de la grossesse, 4 fois son interruption et 1 fois un déclanchement du travail chez une femme se trouvant près du terme. L'observation XI doit être éliminée, la femme étant morte au 5^e jour de l'opération de septicémie péritonéale.

L'enfant peut encore succomber par infection propagée et par septicémie colibacillaire. La preuve en est que non seulement des enfants sont expulsés avant terme, amoindris de ce fait qu'ils sont prématurés, mais certains sont nés vivants et sont morts après avoir présenté de l'ictère et des vomissements; d'autres enfin meurent *in utero* avec des viscères infestés de colibacilles. Dans notre observation XIII,

l'enfant expulsé se trouvait au 6^e mois de sa vie intra-utérine et pesait 2.500 gr. Il succomba au 12^e jour, ne voulant rien prendre. Sa mort semble devoir être attribuée à l'intoxication.

Quelles sont donc les causes du mauvais pronostic de l'appendicite au cours de la gestation ?

Toutes les causes générales ou locales prédisposant à l'appendicite pendant la grossesse sont aussi des causes de mauvais pronostic. Bohler, à propos d'une observation publiée à la Société obstétrique et de gynécologie de Strasbourg le 14 juin 1930, a indiqué ces raisons d'aggravation de la crise d'appendicite survenant au cours de la grossesse. Pour lui ces causes sont :

Les déplacements du cæcum et de l'appendice sous l'influence de la croissance de l'utérus (travaux de Fùth, Hoffmann et Pankow), ces déplacements ayant été constatés presque constamment par des examens radiologiques. L'appendice, au lieu de pendre dans le petit bassin arrive alors en rapport plus direct avec la grande cavité péritonéale.

L'impossibilité pour les exsudats de se former dans le petit bassin à partir du 4^e mois. L'exsudat a une tendance marquée à se répandre entre les anses grêles.

La formation moins aisée des adhérences du fait des déplacements importants que l'utérus est susceptible d'entreprendre pendant les changements de position de la malade.

L'installation fréquente de contractions utérines

déterminant l'avortement et la rupture des adhérences formées.

La difficulté du diagnostic pendant la deuxième moitié de la grossesse. Confusion fréquente surtout avec la pyélite. L'état général de la femme enceinte fatiguée par sa grossesse et par l'infection colibacillaire peut avoir une influence fâcheuse sur l'évolution de la crise d'appendicite.

Enfin les difficultés opératoires peuvent constituer à elles seules un élément de mauvais pronostic.

Pendant les suites de couches le mauvais pronostic est dû à ce fait que l'utérus, en revenant brusquement sur lui-même, peut amener la rupture d'adhérences et la diffusion dans la grande cavité péritonéale du pus que ces dernières emprisonnaient.

TRAITEMENT

Tout ce que nous avons dit plus haut sur les causes de gravité de la crise d'appendicite pendant l'état puerpéral nous amène à cette conclusion qu'il faut opérer sans tarder aussitôt que le diagnostic a été fait. Mais cette intervention ne se présente plus au chirurgien dans les mêmes conditions que chez un sujet normal et des difficultés nouvelles font leur apparition par suite de la présence de l'utérus gravide. Nous étudierons dans ce chapitre les particularités de cette intervention et les remèdes qu'il semble logique d'apporter à la gêne provoquée par l'utérus gravide.

Les auteurs qui ont étudié la question sont tous d'accord sur ce point : L'intervention doit être aussi précoce que possible, la mère et l'enfant courant de grands dangers si une hésitation faisait attendre trop longtemps. Cependant M. Brindeau en 1910 conseillait d'attendre, si la crise se trouvait être très bénigne ou de diagnostic incertain, ou encore, s'il y avait empatement de la fosse iliaque c'est-à-dire réaction localisant l'infection. Cependant il arrive qu'une crise bénigne se transforme en crise grave rapidement, et qu'une péritonite localisée se géné-

ralise par suite de la rupture des adhérences. Il est donc préférable d'intervenir dans tous les cas, ou alors de surveiller étroitement la malade pour être prêt à l'opérer au moindre signe d'aggravation. On opérera immédiatement et sans s'occuper de l'utérus si la femme est en travail ou très près du terme puisque ce travail peut amener une aggravation très rapide de la crise.

Si la crise d'appendicite fait son apparition dans les suites de couches, l'intervention sera à peu près identique à ce qu'elle est en dehors de l'état puerpéral. Dans les premiers mois de la grossesse les difficultés opératoires ne seront pas accrues considérablement. Cependant dans certains cas l'appendice présente un siège interne, complètement intra-péritonéal et s'enfonce derrière l'utérus. Dans ces cas il est très difficile d'enlever l'appendice sans toucher à l'utérus et ces manipulations inévitables pourront amener l'interruption de la grossesse dans les jours suivants.

Mais les difficultés augmentent considérablement quand on arrive dans les derniers mois. Les difficultés viennent de l'énorme développement de l'utérus gravide et de l'ascension du cæcum dont nous avons parlé plus haut. En effet ce dernier est souvent rencontré au niveau et au-dessus de la crête iliaque. De plus il peut être fixé et rester très bas ce qui rend sa recherche très difficile. Parfois même l'extraction de l'appendice malade est impossible dans quelques cas où il s'agit de vastes foyers de péritonite où le

pus diffuse en haut derrière l'utérus. Dans ces cas de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il est prudent de se contenter d'un drainage du foyer sans poursuivre la recherche de l'organe malade. Dans ces cas d'appendicite au cours des derniers mois de grossesse Brindeau conseille de faire une incision latérale, haute et très postérieure, et au besoin, de coucher la femme sur le côté gauche de façon à prolonger plus facilement l'incision en arrière. Si l'appendice est pelvien et s'il y a un abcès dans le cul-de-sac de Douglas il sera prudent de pratiquer en même temps une colpotomie.

Nous arrivons maintenant à une question importante : que faut-il faire du fœtus quand on opère une appendicite survenant près du terme ?

Cette question a été très discutée et les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. Le plus souvent on devra s'opposer à l'évacuation de l'utérus et au risque d'avoir un enfant prématuré. Pour cela on devra chercher le plus possible à lutter contre les contractions utérines par le laudanum et la morphine. Cependant il existe des cas où l'évacuation de l'utérus deviendra nécessaire : mais seulement si la grossesse arrive près du terme d'autant plus qu'à cette période l'accouchement suit à peu près infailliblement l'intervention, si même, il n'est pas déterminé par elle. On devra donc interrompre la grossesse ; dans les cas où l'utérus gêne considérablement la recherche de l'appendice et empêche son extraction, si, par exemple, il se trouve être fixé et

en situation basse, ou encore si par suite d'une hésitation de diagnostic le chirurgien est amené à pratiquer une laparotomie médiane. S'il y a péritonite généralisée, de façon à pouvoir faire un drainage plus satisfaisant de la cavité abdominale. Si le fœtus est viable mais est menacé d'infection.

Différents procédés peuvent être employés pour pratiquer l'évacuation de l'utérus gravide pendant la crise d'appendicite. Le chirurgien aura le choix entre la césarienne et l'évacuation par les voies naturelles.

La césarienne abdominale même basse doit être abandonnée dans le cas qui nous intéresse. En effet, le péritoine étant enflammé, il y aurait un grand danger d'infection en pratiquant cette opération et seule la césarienne vaginale pourrait être permise dans ce cas.

Pour l'accouchement par les voies naturelles, deux procédés sont employés : l'accouchement rapide en plaçant un ballon de Champetier de Ribes, ou l'extraction du fœtus sous anesthésie rachidienne, selon la méthode de Delmas.

Cette dernière méthode a été l'objet d'une importante communication à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, par le Professeur Delmas, le 22 février 1923. Cet auteur pratique en dehors de tout travail un accouchement très rapide sous rachi-anesthésie. La méthode a été très discutée et il semble en effet dangereux de faire cet accouchement rapide chez une femme normale. Mais

elle devient très intéressante dans les cas où l'utérus doit être, au plus vite, débarrassé de son contenu. L'appendicite peut, dans quelque cas, en constituer une indication ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Nous avons recueilli quelques observations relatives à ce procédé au cours de l'appendicite :

OBSERVATION IV

Cotte et Gonnet, in *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 3 juin 1929.

Femme de 23 ans. I-pare. Dernières règles le 13 octobre 1928. La grossesse a évolué normalement jusqu'ici. Le 19 mai, lassitude et malaises généraux ; le 20 mai, douleur abdominale au niveau de la fosse iliaque droite sans vomissements. Le 21 mai, les douleurs ont un caractère expulsif, ce qui fait croire au médecin traitant que la malade va accoucher. Le 22 mai, les douleurs se généralisent à tout l'abdomen. Le 23 mai il y a des signes indiscutables de péritonite généralisée avec température à 36°8, vomissements porracés, ventre tendu et météorisé.

Nous ne voyons la malade que le 24 mai au matin. De toute nécessité il faut l'opérer. On hésite seulement pour savoir s'il n'y aurait pas lieu de vider au préalable l'utérus, car il semble, *a priori*, que celui-ci gênera certainement beaucoup pour la recherche de l'appendice. En fin de compte, après rachi-anesthésie, on fait une incision de Mac Burney très latérale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule

un liquide séro-purulent, mais il est impossible de voir le cæcum et l'appendice. On met temporairement des mèches dans la plaie et on évacue l'utérus. En 6 minutes environ, la dilatation est complète. Refoulement de la tête. On saisit un membre inférieur, puis l'autre, et on fait sans difficulté l'extraction d'un enfant de 1.650 gr. qui naît étonné mais qui crie rapidement. Il n'y a aucune déchirure du col, ni du périnée. Délivrance artificielle. Ceci fait, par une laparotomie médiane, on explore l'abdomen. Il s'agit d'une péritonite appendiculaire. L'appendice abcédé à sa partie moyenne est perforé. Après assèchement du péritoine, on enlève l'appendice. Fermeture de l'incision médiane. Par l'incision de Mac Burney on attire le fond du cæcum dans lequel on glisse une sonde de Nélaton par le moignon appendiculaire. Tamponnement du foyer appendiculaire avec trois mèches. Suites simples. Guérison.

OBSERVATION V (résumée).

Peralta Ramos et R. Bello, in *Boletin de la Sociedad de obstetrica y gynecologia*, t. VIII, 14 novembre 1930.

Femme de 23 ans. Primipare. Arrive avec les symptômes cliniques d'une péritonite appendiculaire généralisée, au sixième mois de la grossesse. Après rachianesthésie, on pratique la dilatation suivant la technique de Delmas et on termine avec le ballon de Champetier. On procède ensuite à la laparotomie et à l'appendicectomie, après quoi on extrait l'enfant au forceps.

La première de ces observations surtout nous montre bien l'utilité du procédé de Delmas dans les cas graves d'appendicite. La rachi-anesthésie a le gros avantage de permettre la dilatation rapide du col et l'extraction non moins rapide du fœtus, en même temps que l'incision iliaque.

Il ne faudrait cependant pas être trop optimiste et considérer ce procédé comme inoffensif. En effet, on ne doit pas oublier que la rachi-anesthésie, la dilatation manuelle et la version par manœuvres internes peuvent constituer pour la parturiente 3 sources d'accidents possibles. Aussi ne devra-t-on pas l'employer toujours, mais seulement quand on y sera obligé, soit pour extraire l'appendice et drainer de façon suffisante, soit pour mettre le fœtus à l'abri de l'intoxication qui peut lui être fatale.

OBSERVATIONS

DE MM. PETIT ET PRINCETEAU, LEMELAND, HARTEMANN
MICHEL ET GUIBAL, etc.

OBSERVATION I (Petit et Princeteau).

Mme C..., d'Argenton-Château, entre dans le service le 16 mai 1926. Elle est enceinte de 2 mois et demi et elle est en état de crise d'appendicite. A l'entrée, la nuit, le diagnostic est toutefois demeuré hésitant. On trouvait le col entr'ouvert et l'on craignait un avortement. Et pourtant, la douleur siégeait très exactement dans la fosse iliaque droite, nullement dans le petit bassin. Aussi bien on décide d'attendre. Or, le 6^e jour les douleurs reparaissent avec une certaine intensité et l'on intervient à droite, enlevant un appendice rouge, tordu sur son méso qui est épaissi. On constate que cette femme est bien enceinte. Les suites ont été normales, et la malade a quitté le service le 14 juin 1926. Chez elle, avortement dans les derniers jours de juin, 15 jours après la sortie.

OBSERVATION II (Petit et Princeteau).

Mme G... entre à la clinique de la rue de la Marne le 21 juillet 1924, en état d'appendicite subaiguë. Elle est enceinte de 2 mois environ. Opérée aussitôt. Appendice

gros, rouge, sans réaction péritonéale. Fermeture *per primam*. L'opérée quitte la clinique le 12^e jour. La grossesse s'est poursuivie sans incident et la malade a accouché à terme.

OBSERVATION III (Petit et Princeteau).

Mme P... entre dans le service avec le diagnostic de salpingite droite. Son histoire est d'ordre génital. 4 grossesses antérieures, toutes normales et terminées sans incident. Il y a 2 ans, nouvelle grossesse suivie de fausse couche avec fièvre prolongée, et, depuis, douleurs continue à droite, ménorragies, dyspareunie. A la vérité, le toucher donne de la douleur vive dans le cul-de-sac droit où l'on trouve un cordon qui est pris pour une trompe. Cette femme a 40 ans. On décide d'intervenir. Les dernières règles ont été retardées mais d'abondance habituelle.

Le 25 juillet 1929, laparotomie médiane, annexes d'apparence saine, mais l'ovaire droit est un peu rouge, et plus gros que le gauche. Par contre, l'appendice descend derrière cet ovaire dans le petit bassin. Il est long, gros et rouge. Ablation. Fermeture sans drainage. A l'examen la cavité de l'appendice était remplie d'une bouillie noirâtre fétidee et purulente. Sortie le 8 août. La grossesse continue.

OBSERVATION IV (Petit et Princeteau).

Le Docteur B... envoie dans le service le 30 juillet 1922 Mme B..., 27 ans, qui est enceinte de 4 mois et souffre d'une crise d'appendicite depuis la veille. Crise assez sérieuse, car

la malade n'émet pas de gaz, la douleur locale et la défense musculaire sont très vives ; pouls 110. Température 38°5. L'incision montre qu'il y a du pus dans la fosse iliaque. Nous extrayons de la profondeur, gênés déjà par l'utérus, mais en évitant de le toucher, un appendice volumineux, rouge, et qui est couvert de fausses membranes. Drainage du foyer avec taffetas. Suites bonnes, sauf un certain retard au rétablissement de la circulation intestinale qui a nécessité le passage à plusieurs reprises du tube de Faucher. Sortie le 20 août en excellent état et cicatrisée. Cette femme a continué sa grossesse sans incident et elle a accouché à terme dans de très bonnes conditions.

OBSERVATION V (Petit et Princeteau).

Mme G... est envoyée d'urgence, le 18 octobre 1929. Il s'agit d'une crise aiguë d'appendicite qui a débuté la nuit dernière par une douleur brusque et bien localisée dans la fosse iliaque droite, accompagnée d'envies de vomir. A l'entrée, la température n'est que de 36°6, le pouls bat à 90, la douleur à droite est spontanée avec des exacerbations, mais la douleur provoquée par la pression est véritablement intense. Malgré la faible intensité des réactions générales on décide d'intervenir immédiatement. On trouve un péritoine libre. Le cæcum monte mal, étant retenu dans la profondeur par un appendice que l'on ne voit pas mais que l'on sent très volumineux et adhérent. Sa résection a dû être faite par la voie rétrograde. Fermeture sans drainage. Cet appendice avait une longueur de 12 cm., il était gros comme un petit doigt

d'adulte et à la coupe ses parois étaient épaissies. Il renfermait enfin environ deux cuillerées à café de liquide purulent, sans présence de matières fécales. Suites normales. Cette observation rentre dans le sujet qui nous occupe parce que cette malade avait auparavant présenté d'autres crises, dont l'une, la principale, s'était montrée au 3^e mois d'une grossesse, en 1922, avait duré 2 ou 3 jours et s'était terminée sans incident. L'enfant était né à terme. Ici, appendicite et grossesse avaient fait bon ménage.

OBSERVATION VI Petit et Princeteau).

Mme R... entre dans la service le 27 octobre 1928, envoyée pour appendicite aiguë au cours d'une grossesse de 3 mois. Elle est opérée immédiatement. Appendice haut situé derrière le cæcum, long et gros, avec un foyer purulent dans la région de sa pointe. Drainage. Sortie guérie le 13 novembre. La grossesse a continué. Accouchement à terme d'un enfant vivant et qui a vécu.

OBSERVATION VII (Petit et Princeteau).

Mme G... rentre dans le service le 2 août 1929. L'un de nous l'avait vue antérieurement au cours d'une crise de péri-tonite avec prédominance très nette de symptômes pelviens permettant de supposer une origine génitale. Cette femme avait eu 5 grossesses toutes bien terminées. Mais depuis la dernière, elle se plaignait de douleurs pelviennes, de troubles utérins et l'on craignait des accidents salpingiens.

Donc elle entre avec cette hypothèse, les accidents aigus étant terminés. Mais, dans le service, nous avons cru devoir rectifier le diagnostic. L'interrogatoire faisait découvrir une série de crises courtes indépendantes des règles, à siège pelvien, sans doute, mais avec prédominance à droite, et nous avons admis finalement qu'il devait s'agir de crises d'appendicite. Aussi bien avons-nous décidé d'ouvrir la ligne médiane. Bien nous en a pris. L'appendice était pelvien, gros, adhérent, les annexes saines. L'utérus, malgré la continuation des règles, paraissait gros comme il doit l'être à 3 mois de grossesse. Ablation de l'appendice, fermeture *per primam*. L'opération avait été faite le 6 août 1929. La malade est rentrée chez elle le 22 août. Elle a avorté le 13 septembre, avec des hémorragies très abondantes qui ont nécessité un curettage fait par l'un de nous à domicile le 14 septembre. Elle est guérie.

OBSERVATION VIII (Petit et Princeteau).

Mme M... est transportée d'urgence dans notre service le 27 octobre 1929 pour crises répétées douloureuses à siège iliaque droit.

C'est une femme enceinte d'environ 5 mois. Enfant vivant. Son médecin avait appelé l'un de nous le 24 octobre, en consultation auprès de cette malade pour discuter un diagnostic imprécis jusque-là.

Cette femme, primipare et sans aucun antécédent abdominal antérieur s'était décidé à faire venir notre confrère parce que depuis 8 ou 10 jours elle souffrait de crises dou-

loureuses intermittentes à siège strictement ombilical, sans aucune irradiation nulle part, sans vomissement, sans trouble intestinal d'aucune sorte. Le Dr C... l'examina pour la première fois le 23 octobre. Aucune fièvre, pouls normal. Mais il lui avait semblé que ces crises abdominales irradiaient légèrement vers le bord droit de l'utérus grossi de 5 mois. Il revint le lendemain, trouva la situation inchangée et se rappelant un cas analogue qui fait l'objet de l'observation XV, rapportée plus loin, il jugea nécessaire, malgré le peu d'intensité des symptômes observés par lui et l'absence des signes généraux, de faire venir le chirurgien. Le 24, donc, nous trouvons que la femme souffre exactement dans la région de l'ombilic, juste au niveau du fond utérin, mais elle accuse elle-même une légère irradiation de sa douleur vers le bord droit de la matrice ; rien au toucher, col long, pas d'effacement, les culs-de-sac sont indolores. La malade va à la selle et urine bien. Par exclusion, nous avons porté le diagnostic de crises appendiculaires dont le siège apparemment anormal pouvait s'expliquer par l'ascension du cæcum au cours d'une grossesse de 5 mois et nous avons fait prévoir la nécessité d'une intervention, devant la répétition des crises. Le 26 octobre, une crise plus violente que les autres s'est montrée. Cette fois-ci, le médecin appelé de suite constata que la douleur était franchement iliaque droite, et dès le lendemain il conduisait cette femme dans le service.

A l'arrivée, pouls à 76, température à 37°4, la douleur est exquise mais la défense de la paroi de moyenne intensité. L'opération est décidée à cause de la violence des crises et du danger qui peut en résulter chez une femme en état de

grossesse. Anesthésie au Schleicht. Assez longue incision des plans superficiels, dissociation des muscles obliques, obli-gation, le péritoine ouvert, de nous agrandir en haut pour découvrir l'appendice dont la situation est à retenir. Il était, en effet, très interne, et sa pointe recourbée et rougie allant exactement jusqu'à la ligne médiane, étant cachée derrière le fond utérin. Ablation de l'appendice classique, fermeture *per primam* en trois plans.

Suites normales, la grossesse continue.

OBSERVATION IX (Petit et Princeteau).

Mlle R..., 22 ans. Entre à la clinique des Roches, le 26 avril 1928, à 10 h. pour crise douloureuse de la fosse iliaque droite, datant de la veille au soir.

Rien à signaler dans les antécédents. Température 37°2 (axillaire). Pouls 84 ; état nauséux ; pas de vomissements ; la malade fait quelques gaz ; douleur très vive au point de Mac-Burney, avec défense de la paroi dans la fosse iliaque droite ; le reste du ventre est souple. Dernières règles finies le 14 février, il y a un peu plus de 2 mois. Au toucher vaginal, col mou. Culs-de-sac libres et non douloureux. Utérus gros. Colostrum à la pression du mamelon. Malgré ces symptômes, la malade nie la possibilité d'une grossesse. La malade est mise en observation avec de la glace sur le ventre. La douleur diminue, mais la température et le pouls qui s'étaient maintenus jusque-là, montent à la fin du 3^e jour. Température 37°9. Pouls 100. La malade n'a plus de gaz depuis 24 heures et n'a pas eu de selles depuis

sa crise. On décide l'intervention qui est pratiquée le 30 avril au matin. Anesthésie générale au Schleicht. Incision de Mac-Burney. On trouve un gros appendice rouge, turgide, avec une fausse membrane près de la pointe qui est légèrement en battant de cloche. La trompe droite et une frange épiploïque sont au voisinage. Appendicectomie facile ; appendice non adhérent. L'utérus a nettement l'aspect d'un utérus gravide de 2 mois environ. On ferme la paroi. Guérison sans incident. Sortie le 15 mai.

Suites très bonnes. La malade accouche facilement le 12 novembre d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION X (Petit et Princeteau).

Mme C..., 27 ans. Entre le 20 juin 1929 à la clinique des Roches. Appendicite subaiguë évoluant depuis 2 ou 3 jours déjà chez une jeune femme enceinte de 2 mois et demi, primipare, qui avait eu déjà à deux ou trois reprises différentes des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Intervention le 20 juin 1929, sous anesthésie générale au mélange de Schleicht. Incision de Mac Burney. On trouve un appendice rétro-cæcal, légèrement turgide. Appendicectomie. Fermeture de la paroi. La malade sort de la clinique. Le 1^{er} juillet accouchement normal à terme.

OBSERVATION XI (Petit et Princeteau).

Mme F..., 25 ans. Entre le 23 septembre 1929 pour appendicite aiguë grave diagnostiquée quelques heures auparavant. Il s'agit d'une femme enceinte de plus de 4 mois, pri-

mipare, dans les antécédents de laquelle il n'y a rien à signaler. Les débuts de la crise remontent à 8 jours environ. Légère d'abord, celle-ci s'est aggravée subitement la veille au soir, et c'est le lendemain matin seulement qu'elle a fait appeler son médecin traitant.

A l'entrée, on constate un faciès tiré, avec teint légèrement plombé et langue sèche, une température à 36°6 axillaire et un pouls à 120. Défense musculaire et ventre dur dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal révèle de la douleur dans le cul-de-sac droit, sans empâtement marqué.

Intervention sous-anesthésie générale. Incision de Mac Burney. Du pus mal lié s'écoule, la trompe vient faire hernie dans la plaie. On trouve assez facilement l'appendice qui est gros et couvert de fausses membrane dont l'une, près de la base, à l'aspect grisâtre, fait penser à une plaque de sphacèle. Trois mèches sont laissées à demeure. Dans les jours qui suivent, pas d'amélioration notable, la température et le pouls se maintiennent, l'évacuation du pus est assez abondante ; puis le 3^e jour, au soir, le pouls s'accélère, la dissociation du pouls et de la température devient de plus en plus nette le 4^e, et le 5^e jour la malade rentre chez elle où elle meurt le 7^e jour.

OBSERVATION XII (Petit et Princeteau).

Mme J. N..., 20 ans. Entre le 4 juin 1930 au soir. Primipare enceinte de 3 mois environ. Crise d'appendicite aiguë. Température à 36°6. Pouls 100.

Défense de la fosse iliaque droite. Vomissements.

Début dans la nuit du 3 au 4 juin. Première crise.

Opération le 4 juin, sous-anesthésie générale à l'éther. Incision de Mac Burney. Appendice en position normale, turgide, sans réaction purulente de voisinage. Appendicectomie. Fermeture. Pus dans l'appendice. Sort le 19 juin. Aucune menace d'avortement. Accouchement normal le 2 décembre 1930.

•

OBSERVATION XIII (Petit et Princeteau).

Mme S... Entre dans le service le 11 août 1923, la nuit, d'urgence, dans un état très grave causé par un drame abdominal. Pouls 150, température 38°3, ventre de bois, palper impossible, faciès grippé, vomissements incessants, noirâtres et signes d'occlusion. Grossesse à terme, mais pas de signes de travail.

Le diagnostic porté est : appendicite avec perforation.

Les accidents datent de la veille, ils ont débuté brusquement, sans aucune trace antérieure permettant toutefois l'affirmation du diagnostic. Incision droite immédiate, pus abondant, fétide. Le volume de l'utérus a rendu toute recherche de l'appendice impossible, le cæcum était plaqué profondément. Son extériorisation impossible, également, malgré la longue incision, et devant l'état de shock, le pus continuant à s'écouler abondamment, nous avons décidé de nous contenter d'un drainage large de la fosse iliaque, en glissant un drain dans le petit bassin. Vingt-quatre heures plus tard, accouchement spontané d'un enfant vivant, et qui a vécu. Mais la toxémie a continué et la malade a succombé le 15, 4 jours plus tard.

OBSERVATION XIV (Petit et Princeteau).

L'un de nous est appelé d'urgence le 13 septembre 1929, auprès de Mme A... C'est une femme de 37 ans, et qui est enceinte, IV-parc. Elle en est au 8^e mois. Jusque-là aucun incident qui ait pu faire songer à une appendicite. Mais 3 jours plus tôt, elle a souffert du ventre à droite et elle a vomi. Redoutant d'accoucher avant le terme, elle demande une sage-femme qui déclare qu'il n'y a aucun travail. Le lendemain, la douleur s'est apaisée, et la malade tranquillisée est restée 8 jours à la chambre, souffrant peu, se nourrissant modérément et n'éprouvant aucun symptôme particulier du côté des voies digestives.

Au 8^e jour nouvelle crise plus violente que la première, vomissements et grands malaises. Elle demande de nouveau la sage-femme qui fait venir immédiatement notre confrère. Celui-ci craint une appendicite et devant l'élévation de la température qui est de 39°, la rapidité du pouls et l'aspect inquiétant de cette femme qui est au 8^e mois de sa grossesse, il me prie de venir de suite. Nous avons fait transporter aussitôt la malade dans le service où nous l'avons opérée le soir même. Nous avons trouvé un foyer de pus dans la fosse iliaque fusant derrière le gros utérus. Le cæcum, à peu près entièrement fixé, n'a pu être extériorisé. La trompe droite baignait dans le pus. Nous avons, ce pus évacué et le péritoine asséché, procédé à la recherche de l'appendice, mais nous ne l'avons pas vu. Par contre, cette recherche nous a fait découvrir un vaste abcès fétide retro-cæcal, non sans difficulté d'ailleurs, et nous avons dé-

cidé de limiter là nos recherches, finissant par un vaste drainage du foyer avec drain pelvien, taffetas chiffon derrière le cæcum. Sérum de Vincent, une ampoule chaque jour pendant 3 jours. Gaz dès le lendemain. La femme a accouché spontanément le second jour de l'opération, très vite et sans complication. Enfant de 2.500 gr., vivant, mais qui était né faible et a succombé le 12^e jour, ne voulant rien prendre et sans que nous ayons pu déterminer exactement la cause de la mort que nous ne pouvons qu'attribuer à l'intoxication. Bonnes suites chez la mère sauf une phlébite gauche qui est apparue le 27 septembre et s'est poursuivie sans incident. Pendant ce temps, le foyer suppuré a évolué normalement, la plaie était fermée le 12 octobre et la malade quittait le service le 17 octobre pour rentrer chez elle où sa cure s'est achevée classiquement, mais avec persistance d'une fistulette qui fait prévoir la nécessité qu'il y aura d'enlever ultérieurement l'appendice.

OBSERVATION XV (Petit et Princeteau).

Mme G..., entre à l'hôpital le 15 octobre 1926, envoyée par le Dr A... A la première heure, le matin, notre confrère a appelé l'un de nous parce que cette femme qui avait accouché sans incident le 13 octobre était en état d'occlusion depuis la veille au soir. Mais cet accident s'était produit à la suite d'une douleur brusque dans le côté droit accompagnée de vomissements. Nous avons fait tout de suite le diagnostic du drame abdominal par appendicite probable, et conseillé le transport à l'hôpital où nous l'avons ouverte le soir

même. Incision iliaque droite, écoulement de pus abondant, le cæcum apparaît vide de gaz, mais aussitôt extériorisé il se remplit de gaz et nous avons dû le ponctionner. Alors seulement nous avons découvert deux plaques de sphacèle sur le péritoine, dont l'une siégeait vers la base de l'appendice. Toutefois, à cause de la profondeur des lésions, à cause de l'utérus qui gênait l'exploration et parce que l'état de la malade nous paraissait très précaire, nous n'avons pas cru devoir poursuivre la recherche de l'appendice et nous avons terminé par une cæcostomie avec large drainage du foyer suppuré. Les suites ont été excellentes la circulation des gaz s'est rétablie très vite et la malade a quitté le service le 4 novembre, à peu près cicatrisée et en bon état. Nous avons su depuis que cette femme avait souffert et que son appendice avait été sorti. C'est bien d'une crise d'appendicite post-partum qu'il s'était agi, en 1926.

OBSERVATION XVI (Petit et Princeteau).

Mme C... entre dans le service le 19 octobre 1928, avec un tableau abdominal assez vague. Elle présente un très léger ballonnement, mais une paroi flasque ; il y a de la diarrhée profuse, pouls 110, température 39°2. Etat général précaire. Nous notons la présence de pus assez abondant dans les selles, le lendemain. Les urines sont rares. Le troisième jour suppression des selles et des gaz. Il est évident que cette malade est en état d'occlusion.

Le début de la maladie remonte à 3 semaines. En raison des symptômes et de l'évolution, notre confrère a craint une

fièvre typhoïde. Mais 2 séro-diagnostic successifs sont demeurés négatifs. Cette femme est enceinte d'environ 7 mois. Avant cette dernière maladie rien dans son histoire ne permet de penser à l'origine vraisemblablement appendiculaire des accidents.

En 1926, elle avait souffert d'un ictère infectieux prolongé.

Le 23 octobre, devant cette occlusion qui s'installe assez brusquement, faisant suite à de la diarrhée avec pus constaté dans les selles, nous décidons d'intervenir, en ouvrant la fosse iliaque droite. A peine le péritoine ouvert des gaz s'échappent, puis du pus mélangé de matières fécales. Donc l'intestin est déjà perforé et il s'agit probablement d'une perforation du cæcum. Celui-ci est amené facilement malgré la gêne causée par l'utérus gros de 7 mois, et nous trouvons, en effet, cette perforation qui est très profonde. Nous fixons le cæcum à la paroi et nous drainons largement. Le second jour, accouchement spontané d'un enfant qui a vécu 2 jours. Cependant, l'état général est loin de s'améliorer ; le ventre s'est considérablement aplati, mais la malade vomit et la température reste élevée ainsi que le pouls. Dans un vomissement expulsion d'une masse de lombrics. La malade rentre chez elle le 27 octobre, sur la demande de la famille. Elle est mourante. Arrivée chez elle, la situation s'améliore un peu et nous sommes allés la revoir à plusieurs reprises, remportant finalement une impression favorable. Mais la malade a fait finalement une série d'hémorragies secondaires par la plaie abdominale à partir du 4 novembre. Et elle a succombé le 15 novembre, de cachexie.

OBSERVATION XVII (Petit et Princeteau).

Mme B..., 33 ans, entrée le 7 octobre 1930.

IV-pare. Malade ayant toujours souffert du côté droit au cours de sa grossesse et ayant souffert davantage au cours du travail. Elle a continué à souffrir après l'accouchement.

Lavement et suralimentation. Aggravation.

Température 40°. Pouls 120.

Ventre ballonné, uniformément douloureux, avec maximum au point de Mac Burney. Utérus indolore au palper bimanuel. Incision au point de Mac Burney. Situation normale de l'appendice. Pus. Appendice très malade, en partie éclaté à sa base. Appendicectomie. Mèches, sérum de Vincent dans la plaie.

Pus à staphylocoques.

Suites : Phlébite des ligaments larges.

Phlébite du membre inférieur gauche.

3 embolies pulmonaires, une à gauche et deux à droite, avec hémoptysies.

OBSERVATION XVIII

Lemeland, in : *La médecine internationale*, mai 1929.

Femme enceinte de 6 mois et demi. Présente une contraction douloureuse permanente sans relâchement de l'utérus et sans dilatation du col. Température : 37° 8. Pouls : 96. On constate au bout de 16 à 18 heures une douleur au creux épigastrique, et surtout une douleur dans le flanc

droit en déplaçant l'utérus de gauche à droite. On porte le diagnostic d'appendicite, on opère.

Le péritoine est injecté. L'appendice ne présente macroscopiquement aucune lésion. On enlève et on fait examiner histologiquement. On constate un abcès péritonéal qui avait ulcéré toute la paroi et n'étant plus séparé de la cavité péritonéale que par l'épaisseur de la séreuse. Guérison. Enfant vivant.

OBSERVATION XIX (résumée).

M. Hartemann, in : *Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy*. Séance du 20 mars 1929.

Mlle L. H..., 25 ans. I-pare. Aucun syndrome appendiculaire antérieur. Dernières règles terminées le 30 juillet 1928.

Le 22 décembre 1928, crise d'appendicite sans grande température. Opérée à la 43^e heure. Pus diffus dans la cavité abdominale. Appendicectomie, drainage. Morphinisation dans les suites immédiates. 40 jours d'hospitalisation.

Retour à la maternité le 24 février 1929 pour menace d'accouchement prématuré (quelques douleurs et pertes de sang).

Elat général : Faciès un peu terreux avec teinte légèrement subictérique des conjonctives. Température 36°2 qui à aucun moment ne dépassera 36°7. Pouls un peu accéléré.

Examen du ventre : Cicatrice linéaire, croûteuse, entourée d'une zone violacée, présentant des bords foncés et paraissant adhérente à l'utérus. Aucune douleur à la palpation.

Utérus de 27 cm. tendu de façon permanente. Toucher :

col légèrement entr'ouvert, petite tête qui s'amorce, culs-de-sac libres. Morphinisation. Menace d'accouchement prématuré écartée momentanément.

Le 23 février à 20 h. 45, perte brusque de eaux. Travail, accouchement rapide d'un fœtus de 1.700 gr. qui naît vivant, mais ne tarde pas à succomber.

Délivrance dans les 55 minutes sans incidents. Mais peu après la femme se plaint de coliques, de nausées. Le poulx s'accélère et devient petit. La femme pâlit. Température 36°9.

A 6 h. 30, aspect très shocké, faciès pâle, lèvres cyano-sées, vertiges. Poulx à peine perceptible, à 150. Extrémités froides. Pas de défense abdominale. Utérus dévié vers la droite reste adhérent au niveau de la cicatrice. Légère douleur à ce niveau, un peu marquée sur le flanc gauche de l'utérus. On pense à une hémorragie externe due à la rupture d'adhérences consécutive à la rétraction utérine. Huile camphrée, sérum glucosé. Anthéma. Glace. Transfusion de 330 cm³.

A la fin de l'après-midi violente douleur dans l'épaule gauche. A ce moment, ventre plus tendu, palpation douloureuse. Poulx incomptable. Température 36°7.

Autopsie. — Ecoulement d'une grosse quantité de pus fétide répandu dans toute la cavité abdominale. Utérus énorme, adhérent par son bord gauche à la paroi abdominale en même temps que l'épiploon et les anses grêles.

On suppose que l'accouchement n'a fait que libérer une collection enkystée latente, dont on n'a pas réussi, du reste, à identifier l'emplacement primitif.

OBSERVATION XX

Michel et Guibal, in : *Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy*, séance du 16 janvier 1929.

Mme X... 20 ans. Primipare. Entre à l'hôpital dans le service du Professeur Michel pour péritonite généralisée appendiculaire.

Début des accidents 15 jours auparavant par des coliques abdominales intenses sans localisation précise. La malade est enceinte de 4 mois et demi et le diagnostic reste hésitant. Peu à peu élévation de la température aux environs de 40°. L'arrêt des gaz et des matières, les vomissements et l'altération de l'état général nécessitent son entrée à l'hôpital.

Aussitôt son arrivée, l'examen montre un facies péritonéal typique, le pouls est petit, incomptable, le ventre est ballonné sans aucune défense, la contracture ayant cédé.

Intervention immédiate sous anesthésie locale, l'ouverture de la paroi abdominale donne issue à du pus fétide et très abondant. Drainage simple. La malade succombe 2 heures après.

OBSERVATION XXI

Appendicite dans les suites de couches.

Mme D. E... 40 ans, 3 enfants. Le dernier accouchement remonte à 1 mois. Prise brusquement de phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite l'obligeant à interrompre

son travail. Quelques vomissements. Son médecin appelé dirige la malade sur le service du professeur Michel pour appendicite.

A l'entrée on note un point appendiculaire nettement douloureux, les annexes sont saines. La température est de 37°. Le pouls est régulier, bien frappé à 30. L'intervention permet l'extirpation d'un gros appendice kystique et adhérent. Suites opératoires normales. Dans les antécédents on note une crise appendiculaire peu intense 5 ans auparavant.

CONCLUSIONS

I. L'appendicite est rare chez la femme enceinte et la grossesse ne constitue pas une prédisposition à l'appendicite. Mais il est incontestable qu'elle favorise la récurrence de crises d'appendicite antérieures, au point que dans 1 cas sur 2 on pourrait trouver chez la malade des antécédents révélant une atteinte ancienne de l'appendice.

II. L'appendicite fait, le plus souvent, son apparition dans les 5 premiers mois de la grossesse. La période critique serait entre le 3^e et le 7^e mois.

III. Les principales causes de la récurrence de l'appendicite pendant la gestation sont : le traumatisme de l'appareil cæcal et la virulence des germes intestinaux pendant la grossesse.

IV. Le diagnostic de la crise d'appendicite est souvent très difficile pendant la grossesse par suite de l'allure atypique des signes classiques et de l'apparition de nouveaux symptômes tels que la contracture utérine. Le diagnostic devra être fait d'après les constatations de signes tels que : la douleur dont le siège est atypique, la contracture utérine, la dissociation du pouls et de la température, enfin par la recherche des antécédents.

V. L'appendicite est une complication grave de la grossesse, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. La gravité augmente quand on approche du terme ; l'avortement et l'accouchement prématuré sont assez fréquents. La mort de l'enfant par intoxication peut survenir, soit dans l'utérus, soit après son expulsion.

VI. Le seul traitement de la crise d'appendicite au cours de la grossesse doit être l'intervention immédiate, dès que le diagnostic a été fait. Dans les premiers mois cette intervention est facile et doit être suivie d'une morphinisation intense de la malade pour éviter l'avortement. Dans les derniers mois et à l'approche du terme, l'opération peut être rendue très difficile et devra parfois être précédée ou accompagnée de l'évacuation de l'utérus qui pourra être faite par césarienne vaginale, évacuation rapide avec ballon de Champetier de Ribes, ou encore accouchement sous rachianesthésie par le procédé de Delmas.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Andérodias et Villar.* — Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparatomie pour rupture utérine (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Bordeaux, n° 5, mai 1930, p. 349).
- Bohler.* — Deux cas d'appendicite gangréneuse durant la puerpéralité (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Strasbourg, 1930).
- Brindeau.* — Appendicite et gestation (Journal des Praticiens, 1920, p. 326).
- Chaput.* — Appendicite et grossesse. Thèse de Bordeaux, 1922-1923).
- Coe.* — Appendicite et grossesse (American J. of. obst., août 1905 ; in Presse médicale, 6 juillet 1905).
- Cotte et Gonnet.* — Péritonite aiguë d'origine appendiculaire au 7^e mois. Evacuation par le procédé de Delmas (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Lyon 1929, n° 3, p. 561).
- Delbet.* — Appendicite et grossesse (Paris chirurgical, 1910, p. 322).
- Demelin et Devraigne.* — Appendicite et gestation (Manuel de l'accoucheur. Paris 1924, p. 503).
- Ducning et Guilhem.* — Perforation appendiculaire du 4^e mois, appendicectomie, pus libre dans le ventre, fermeture sans drainage, guérison avec continuation de la grossesse (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Toulouse, 1929, p. 665).
- Favreau et Chaput.* — Appendicite et grossesse (Progrès médical 1923, p. 133).
- Füth.* — Déplacement du cæcum pendant la grossesse (Arch. Fur. Gynöik. Berlin 1905, t. XXVI, p. 507 ; in Semaine médicale, 7 février 1906).

- Glottain.* — Appendicite et gestation. Thèse Paris, 1915.
- Hartmann.* — Appendicite opérée pendant la gestation, mort rapide après l'accouchement. Péritonite (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Nancy, 1929, p. 426).
- Lemeland.* — L'appendicite au cours de la puerpéralité (Médecine internationale, mai 1929).
- Massé, Marc-Rivière, Dubroca.* — Appendicite et grossesse (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Bordeaux, 1929, p. 345).
- Michel et Guibal.* — Appendicite et grossesse (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Nancy, 1929, p. 261).
- Penard.* — Appendicite et gestation. Thèse Paris, 1922.
- Peralta Ramos et Bello (R.).* — Méthode de Delmas dans un cas d'appendicite aiguë de la grossesse (Boletín de la sociedad de obstetricia y gynecologia, t. VIII, n° 12, 14 nov. 1930).
- Pankow.* — Causes du mauvais pronostic de l'appendicite au cours de la grossesse et leurs conséquences thérapeutiques (Arch. Für Gyn., fasc. I, 10 janvier 1928. Analyse par Mocquot, in Journal de chirurgie, juin 1928, p. 886).
- Pinard.* — De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité (Comm. de l'Académie de médecine, mars 1898 ; in. Ann. de gynécologie et obstétrique, mai 1898, p. 345).
- Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse (Ann. de gynécologie, 1900, p. 357).
- Portes et Séguy.* — Influence de la gestation, du travail et des suites de couches sur l'appendicite aiguë (Gyn. et obst., janvier 1926). Appendicite et grossesse (Gyn. et obst., février 1927, p. 114).
- Séguy.* — Les appendicites aiguës compliquant la gestation normale. Thèse Paris, 1927.
- Szilagyi.* — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1929.
- Tissier et Lemeland.* — Discussion sur l'évacuation de l'utérus avant l'appendicectomie (Bulletin des soc. d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1905, p. 282 à 286).
- Vaudescal.* — Appendicite et grossesse (l'Hôpital, n° 212, avril 1928).

- Vignes.* — Appendicite et gestation (Journal des Praticiens,
26 avril 1924, t. XXXVIII, n° 17).
- Vigouroux.* — Appendicite et grossesse. Thèse Bordeaux, 1928.
- Weber.* — Appendicite et grossesse (Journal des Praticiens,
3 nov. 1928).

